

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA

LEVANTAMENTO DOS CASOS DE RETOCOLITE ULCERATIVA

INESPECÍFICA OCORRIDOS NO H.U.S.C. NO PERÍODO

DE MARÇO 1981 À AGOSTO 1986

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA

LEVANTAMENTO DOS CASOS DE RETOCOLITE ULCERATIVA
INESPECÍFICA OCORRIDO NO H.U.S.C. NO PERÍODO
DE MARÇO 1981 Á AGOSTO 1986

AUTORES: * IRIA CELESTE GHISLANDI
* MARIA ÂNGELA DOS SANTOS

ORIENTADOR:** DR. VANIR CARDOSO

- * Doutorandas da 12ª fase de Medicina
** Professor do Departamento de Clínica Médica da Universidade
Federal de Santa Catarina - Médico Gastroenterologista.

AGRADECIMENTOS

Ao Dr. Vanir Cardoso - cuja constante
compreensão e cuidados pelo humano deixa-nos enriquecidos.

I N D I C E

I - RESUMO	p.01
II - INTRODUÇÃO	p.03
III - CASUÍSTICA - MATERIAL E MÉTODOS	p.07
IV - RESULTADOS	p.09
V - DISCUSSÃO	p.16
VI - CONCLUSÕES	p.25
VII - SUMMARY	p.26
VIII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	p.27

I - RESUMO

Foi realizado um estudo retrospectivo analisando nove prontuários de pacientes portadores de RETOCOLITE ULCERATIVA INESPECÍFICA (RCUI) internados no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina no período de março de 1981 a agosto de 1986.

Os critérios diagnósticos utilizados foram a história clínica, exames radiológicos e retossigmoidoscópico.

Observou-se elevado predomínio de pacientes da raça branca entre 19 e 57 anos.

As manifestações clínicas mais frequentes foram síndrome desintérica, dor abdominal e emagrecimento.

Dois pacientes apresentaram remissão do quadro com uso simples de tranquilizantes e os demais foram tratados com sulfasalazina e corticosteroides.

II - INTRODUÇÃO

Este trabalho tem por objetivo analisar os casos de Retocolite Ulcerativa Inespecífica (RCUI) ocorridos no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), desde sua fundação, em março de 1981, até agosto de 1986, enfatizando os aspectos clínico, radiológico e retossígmoidoscópico.

A RCUI é uma doença inflamatória crônica que acomete a mucosa intestinal, mais comumente as porções distais do cólon e reto podendo, entretanto, comprometer o intestino em toda a sua extensão (1).

Foi primariamente denominada Colite Ulcerativa por Wilks e Moxon, em 1875 que se basearam em peças anatómicas de pacientes falecidos em consequência de diarreia crônica (2), (16).

Sua etiologia é ainda desconhecida, porém as teorias mais aceitas atualmente supõem a existência de um desafio antigênico com desenvolvimento de resposta imunológica, em

hospedeiro preparado imunologicamente ou de outro modo (2,3, 4). Reforçam esta teoria a presença concomitante de manifestações de estados de hipersensibilidade tais como eritema nodoso, artrite e uveíte; e resposta satisfatória à terapêutica com corticosteroide (5).

Outras teorias referem-se a agentes infecciosos que podem estar envolvidos nesta afecção tais como Shigllas, Campylobacter jejuni, Clostridium difficile e micobacterias (2,3,6); e fenômenos psicossomáticos (4), bem como uma predisposição genética.

É classificada segundo a extensão do processo inflamatório em: proctite, proctossigmoidite, colite esquerda, comprometimento do cólon transversal e pancolite, podendo inclusive comprometer o íleo.

Seu quadro clínico pode apresentar-se sob dois padrões diversos: um início agudo precoce com sintomatologia intensa; ou um quadro insidioso, com sintomas mais discretos porém recorrentes (7).

O sinal/sintoma primordial é a diarreia sanguinolenta precedida ou não de cólicas abdominais, podendo estar associada a outras alterações que serão discutidas ocasionalmente.

O exame físico na maioria das vezes é inexpressivo. Palidez cutânea, febre e hipersensibilidade abdominal difusa, assim como manifestações extra-intestinais do tipo artrite, uveíte, eritema nodoso podem ser evidenciados (5,8).

Uma pequena percentagem de pacientes portadores de RCUI desenvolve complicações que podem ser locais ou extra-colônicas.

Dentre as primeiras, fissuras anais, prolapso retal e hemorróidas estariam associadas a intensidade do quadro diarréico.

A hemorragia maciça que ocorre em 5% dos casos complicados, tem consequências importantes quando originada de focos/difusos, da mucosa colônica e incontrolável. Constituí uma das indicações de tratamento cirúrgico. Pode ocasionar desde anemia severa até o choque.

A estenose do cólon, embora na maior parte dos casos não promova obstrução intestinal, deve ser bem investigada, pois pode estar relacionada a alterações carcinomatosas.

A incidência de câncer de cólon é proporcional à duração da colite e à extensão do cólon envolvida.

O megacólon tóxico pode aparecer no decorrer da doença, e cursa com sinais de toxicidade sistêmica e acentuada dilatação do cólon. Coincide com a extensão no processo inflamatório, anteriormente restrito à mucosa, às demais camadas incluindo componentes neurais e vasculares. Representa o episódio mais dramático em todo o curso da doença e pode levar à perfuração; geralmente é a porção do cólon transverso que se complica.

As complicações extracolônicas incluem artrite, espondilite anquilosante, irite, uveíte, eritema nodoso, pioderma gangrenoso, esteatose hepática, pericolangite, hepatite crônica ativa, colangite esclerosante, carcinoma de ductos biliares e tromboflebite periférica (1,9).

O estudo radiográfico contrastado do cólon e a retossigmoidoscopia com biópsia retal constituem os exames complementares diagnósticos. A colonoscopia é utilizada quando o exame retossigmoidoscópico não é suficiente para determinação da extensão do cólon acometida pela patologia, e para acompanhamento do paciente (2,10,11).

O tratamento é essencialmente clínico, sendo que os pacientes respondem satisfatoriamente ao uso de corticosteróide locais e sulfazalazina oral (12).

Em caso de ausência de resposta ao tratamento clínico ou ainda presença de complicações como hemorragias maciças incontrolláveis, megacólon tóxico que não responde à medicação, perfuração do cólon ou alterações carcinomatosas, indica-se o tratamento cirúrgico com colectomia total e ileostomia (5).

III - CASUÍSTICA E MÉTODOS

Foram analisados retrospectivamente nove prontuários de pacientes portadores de RCUI internados no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina no período de março de 1981 à agosto de 1986.

O diagnóstico foi estabelecido através da história clínica, exames radiológico e retossigmoidoscópico.

Em apenas um caso utilizou-se diagnóstico prévio.

Pesquisou-se ainda a incidência de manifestações extra-intestinais.

O tempo de evolução da doença e a extensão do cólon comprometida foram especialmente analisados por serem dados importantes no prognóstico da doença.

O perfil psicológico dos pacientes foi incluído no protocolo porém não havia registros fidedignos.

O dado referente a reinternação foi omitido da discussão do trabalho, visto que dois terços dos pacientes não eram procedentes da "Grande Florianópolis". (Tabela 1)

O tempo de permanência no Hospital como critério prognóstico da terapêutica utilizada não foi considerado ' por tratar-se de um "Hospital-Escola".

Utilizou-se apenas tratamento clínico visto que nenhum dos pacientes apresentava as indicações de cirurgia.

IV - RESULTADOS

Na Tabela I observou-se que 56% dos pacientes pertenciam ao sexo feminino e 44% ao masculino.

Todas da raça branca. As idades variam entre 19 e 57 anos.

Da totalidade dos casos 67% provêm de localidades fora da "Grande Florianópolis".

TABELA I - Relação de 9 pacientes portadores de RCUI distribuídos conforme sexo, raça, idade e procedência.

Nº CASOS	SEXO	RAÇA	IDADE	PROCEDÊNCIA
01	M	Br.	50	Varginha (SC)
02	F	Br.	40	Armazém (SC)
03	M	Br.	19	Barra V. (SC)
04	F	Br.	53	Imbituba (SC)
05	F	Br.	57	Jac.Mach. (SC)
06	M	Br.	33	Biguaçu (SC)
07	F	Br.	39	Fpolis (SC)
08	F	Br.	40	Jabotã (SC)
09	M	Br.	32	Ant.Carl. (SC)

Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina - Florianópolis - SC. Março de 1981 à Agosto de 1986.

O tempo de evolução da doença até a ocasião do diagnóstico em quatro casos (45%) foi de um a dois anos, em dois casos (22%) menor do que seis meses, dois casos tiveram tempo de evolução entre seis meses e um ano em apenas um caso (11%) foi maior de 2 anos (TAB. II).

Tabela oliveira

TABELA II - Distribuição conforme o tempo de evolução da doen
ça até a ocasião do diagnóstico.

TEMPO DE EVOLUÇÃO	Nº CASOS	%
Menos de 6 meses	2	22
6 meses - 1 ano	2	22
maior 1 ano - 2 anos	4	45
acima de 2 anos	1	11
T O T A L	9	100

Hôspital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarin
a - Florianópolis - SC. Março de 1981 - Agosto de 1986.

Dos nove pacientes, oito (88%) apresentaram ' síndrome disentérico; em 55% ocorreu dor abdominal e/ou emagrecimento.

A enterorragia, assim como o tenesmo retal, esteve presentes em 33% dos pacientes. Apenas um paciente apresentou febre e outro artralgia. Astenia ocorreu em dois pacientes (TAB. III).

TABELA III - Distribuição conforme o quadro clínico dos pacientes.

SINAIS E SINTOMAS	Nº CASOS	%
Síndrome Disintérico	8	88
Enterrogia	3	33
Dor abdominal	5	55
Emagrecimento	5	55
Teneste retal	3	33
Febre	1	11
Astenia	2	22
Artralgia	1	11

Hospital Universitária da Universidade Federal de Santa Catarina - Florianópolis- SC. Março de 1981 - Agosto de 1986.

Dos métodos diagnósticos complementares três pacientes (33%) realizaram apenas Enema Opaco; cinco pacientes (56%) Enema Opaco associado à Retossigmoidoscopia e apenas um paciente teve diagnóstico prévio realizado (TAB. IV).

TABELA IV - Distribuição conforme os métodos diagnósticos complementares utilizados.

MÉTODO COMPLEMENTARES	Nº DE CASOS	%
Enema Opaco	3	33
Retossigmoidoscopia	-	--
Enema+Retossigmoid.	5	56
Diagnóstico prévio	1	11
T O T A L	9	100

Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina - Florianópolis-SC. Março de 1981 - Agosto de 1986.

Dos nove pacientes, um apresentou comprometimento do reto; em dois pacientes ocorreu proctossigmoidite, apenas um foi acometido por colite esquerda e um teve seu processo inflamatório estendido até o cólon transverso.

Em um paciente ocorreu pancolite. Em três pacientes não foi possível estabelecer a localização do processo. (TAB. V).

TABELA V - Distribuição conforme a extensão do intestino comprometida.

EXTENSÃO DO INTESTINO COMPROMETIDO	Nº CASOS	%
Proctite	1	11
Proctossigmoidite	2	22
Colite E	1	11
Cólon Transverso	1	11
Pancolite	1	11
Incerto	3	34
T O T A L	9	100

Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis-SC. Março de 1981 - Agosto de 1986.

Do total de pacientes apenas três complicaram com anemia (33%) e um com artralgia (11%) (TAB. VI).

TABELA VI - Distribuição conforme incidência de complicações.

COMPLICAÇÕES	Nº CASOS	%
Sem complicações	5	56
Anemia	3	33
Artralgia	1	11
T O T A L	9	100

Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina - Florianópolis-SC. Março de 1981 - Agosto de 1986.

Na TABELA VII observa-se que apenas dois pacientes (22%) foram reinternados.

TABELA VII - Reinternações

REINTERNAÇÃO	Nº CASOS	%
SIM	2	22
NÃO	7	78
T O T A L	9	100

Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis-SC. Março de 1981 - Agosto de 1986.

Num total de oito pacientes que realizaram Enema Opaco, três (37,5%) obtiveram resultados normais e cinco (62,5%) tiveram alterações (TAB. VIII).

TABELA VIII - Distribuição conforme incidência de alterações no enema opaco.

ENEMA OPACO	Nº CASOS	%
Normal	3	37,5%
Alterado	5	62,5%
T O T A L	8	100%

Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina - Florianópolis-SC. Março de 1981 - Agosto de 1986.

Na Tabela IX observamos que ao Enema Opaco, 60% dos pacientes estudados apresentavam imagem "em papel resgado"; 40% Pseudopólipos; 40% perda das haustrações e 20% distância reto/sacro aumentado.

TABELA IX - Alterações no Enema Opaco.

ENEMA OPACO	Nº CASOS	%
"Papel Rasgado"	3	60%
Pseudopólipos	2	40%
Perda das haustrações	2	40%
Distância reto/sacro > 1 cm	1	20%

Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina - Florianópolis - SC. Março de 1981 - Agosto de 1986.

Na Tabela X nota-se que dois pacientes (22%) apresentaram remissão do quadro clínico com uso simples de tranquilizantes (Vallium, Diempax) sendo os 78% restantes tratados com sulfasalazina e corticosteróides.

TABELA X - Distribuição conforme drogas utilizadas na terapêutica clínica.

DROGAS	Nº CASOS	%
Tranquilizantes	2	22
Sulfazalazina + Corticosteróide	7	78
T O T A L	9	100

Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina - Florianópolis-SC - Março de 1981 - Agosto de 1986.

V - DISCUSSÃO

Existe uma dificuldade em se obter dados estatísticos reais com relação à epidemiologia da RCUI, pois os estudos se baseiam apenas em pacientes hospitalizados, deixando de abranger os pacientes de ambulatório.

As estatísticas referentes à incidência conforme o sexo são controversos. Alguns estudos oferecem estatísticas semelhantes para homens e mulheres (2, 13) e outros um ligeiro predomínio do sexo feminino (4,5). No presente estudo os resultados confirmam o predomínio do sexo feminino (56%).

Embora conste na literatura que um primeiro pico de incidência da doença ocorra até os 30 anos (2,5), neste relato a faixa etária predominante situou-se entre 30-40 anos (5 casos), seguido de três casos com mais de 50 anos que poderiam estar relacionados a um segundo pico de incidência que

ocorreria entre 50-60 anos (2).

Com relação à raça, existem dados bibliográficos que apontam preponderância entre caucasianos (7,13) e outros entre negros como o "estudo de Baltimore" (5). Em nosso levantamento todos os pacientes eram brancos. (TAB. I).

Na RCUI existem três tópicos que devem primordialmente ser abrangidos: a definição precoce da extensão e gravidade da patologia; a determinação da necessidade de colectomia ou não; e a vigilância a longo prazo quanto ao possível desenvolvimento de carcinoma de cólon.

O tempo de evolução da doença constitui aspecto básico na determinação da extensão do processo patológico. Assim sendo, o estudo de Farmer (7) demonstrou, por exemplo, que 10% dos pacientes progridem para colite ulcerativa total (pancolite) após dois anos do início da patologia. Já Powell-Tuck e colaboradores (7) observaram que em cinco anos, a probabilidade de extensão do processo inflamatório até o cólon esquerdo é de 5%.

Dos casos analisados, 89% apresentaram uma evolução inferior a dois anos (TAB. II). Portanto, nos três pacientes em que foi encontrado pancolite, comprometimento do cólon transversal e colite esquerda respectivamente (TAB. V), não estariam relacionados a este aspecto e sim, provavelmente, à gravidade ou intensidade da instalação da patologia.

É de consenso que tanto uma evolução prolongada como o aumento da extensão das lesões propiciam maior morbi

dade e desenvolvimento de câncer de cólon (1,4). A vigilância' do paciente portador de RCUI, portanto, é de caráter imprescindível.

O início da patologia pode estar relacionado a várias circunstâncias: infecções do aparelho respiratório, infecções focais, extravagâncias dietéticas, uso de irritantes intestinais, gravidez, cirurgias, menopausa e fadiga. Porém, o aspecto mais comumente atribuído ao aparecimento das manifestações da RCUI é o emocional (1). Entretanto, não é fácil obter do pacientes um relato que nos oriente. Isso nos levou a abandonar qualquer tentativa de abordagem deste aspecto que, de forma alguma, deve ser ignorado na anamnese desses pacientes.

Síndrome disentérico, enterorragia, dor abdominal e emagrecimento são as principais manifestações da RCUI (2), sendo ratificado no levantamento realizado, onde 88% dos pacientes apresentou síndrome disentérico, 55% dor abdominal e/ou emagrecimento e 33% enterorragia. A febre, embora na literatura apareça com maior frequência, esteve presente em apenas um caso (TAB. III).

A quantidade e o aspecto das fezes revestem se da importância. Fezes em pequeno volume caracterizam doenças de cólon distal e/ou reto como a RCUI. Isto porque o cólon distal não pode tolerar a quantidade normal de material fecal (14). Uma frequência elevada de evacuações, ocorrendo inclusive no período noturno (demonstrando lesão orgânica), a consistência diminuída e a presença de muco, pus e sangue de cor vermelho rutilante são igualmente características. Um dado

acessório é a presença concomitante de tenesmo retal (o que ocorreu em 33% dos casos).

Em todos os pacientes que apresentaram-se com dor abdominal (5 casos), esta era de pequena intensidade e aliviada pela defecação e emissão de flatos.

Manifestações extra-intestinais foram infrequentes nesta análise ocorrendo artralgia em um caso somente (TAB. III).

O diagnóstico da RCUI deve basear-se no quadro clínico e no exame endoscópico, complementados pelos exames radiográfico e histopatológico (2). Entretanto, no H.U.S.C., o enema de bário constitui método diagnóstico básico (89%), sendo associado à retossigmoidoscopia em 56% dos casos (TAB. IV). A biópsia com exame histopatológico foi rotina em todos os pacientes submetidos à retossigmoidoscopia.

O ~~enema~~ ^{enema opaco} apresenta-se como importante estudo diagnóstico para a caracterização inicial da patologia e para acompanhar a sua progressão. Pode resultar normal em pacientes logo no início da doença (5) ou ainda nas formas leves (4). Na análise realizada este dado foi equivalente a 36,5% (TAB. VIII).

Quando as alterações estão presentes, caracteriza-se por uma fase precoce e uma tardia (crônica). Estas fases, juntamente com seus aspectos radiológicos, estão demonstrados no quadro a seguir:

Enema de Bário

Fase Precoce

- enchimento incompleto devido à inflamação;
- aspecto serrilhado ao longo do contorno do intestino (papel rasgado) devido às microulcerações;
- contorno denteado e irregular quando as ulcerações ficam mais profundas;
- pseudopólipos em consequência de mucosa edemaciada entre as ulcerações.

Fase Crônica

- encurtamento do intestino;
- depressão das flexuras;
- estreitamento da luz intestinal;
- intestino com aspecto tubular simétrico pela rigidez;
- desaparecimento das haustrações;
- distância entre reto e sacro superior a 1 cm.

FONTE: Harrison, Tinsley Randolph et alii. Diagnóstico Diferencial.

Nem todas estas alterações ocorrem concomitantemente. Neste estudo, apenas algumas puderam ser observadas.

A "imagem em papel rasgado" ocorreu em três (60%) dos cinco pacientes que apresentaram enema alterado. Já os pseudopólipos, embora sejam praticamente patognomônicos de RCUI (4), foram evidenciados em apenas 40% dos pacientes. Alterações crônicas como perda de haustrações e aumento da distância entre reto e sacro representaram, respectivamente 40 e 20% (TAB. IX).

Há que fazer uma retossigmoidoscopia em todos os pacientes que venham à consulta com diarreia crônica e/ou sangramento retal. Assim será estabelecido se há ou não inflamação da mucosa. Uma perda da vascularidade da mucosa, eritema difuso, friabilidade e presença de exsudato consistindo em muco, pus e sangue são os principais achados.

Uma característica também importante é a continuidade das lesões, não existindo áreas intermediárias de mucosa normal. A ulceração é rasa podendo ser pequena ou con - fluente e há um aspecto granuloso da mucosa (15,2), (16).

A retossigmoidoscopia deve ser realizada sem qualquer tipo de preparo, a fim de que não se produzam alterações pelos laxantes ou pelo líquido do enema de limpeza (2).

Em nosso estudo, nos cinco casos em que foi realizado o exame retossigmoidoscópico as alterações citadas foram encontradas.

A colonoscopia com fibra óptica vem se tornando um método diagnóstico bastante utilizado principalmente em casos fora do alcance do retossigmoidoscópio, e no levantamento de câncer em pacientes com longa duração da doença (11). Porém, este método foi introduzido nesta instituição (H.U.S.C.) há pouco mais de um ano, razão pela qual não se obteve dados.

A distribuição do comprometimento do cólon é motivo de estudos no mundo inteiro, visto que a cirurgia é indicada em pelo menos um em cada três pacientes com colite ex - tensa (7).

Em um estudo feito pelo grupo do St. Mark's Hospital (7), o maior percentual encontrado foi de indivíduos com retossigmoidite (30%), seguidos de proctite (28%). Em 14 % dos indivíduos ocorreu comprometimento de todo o cólon, sendo de apenas dezesseis o percentual de "localizações" incertas.

Em nosso meio, os resultados são pouco diferentes. O número de "diagnósticos incertos" aumentou razoavelmente (34%), certamente pela dificuldade na utilização de exames complementares. A proctite ulcerativa teve um percentual bastante baixo (11%) que pode sugerir um retardo no diagnóstico (TAB. V).

De modo geral, o prognóstico piora com o aumento da extensão das lesões (14).

A proctite e a proctossigmoidite constituem entidades de caráter benigno em 90% dos pacientes (7).

A anemia é uma complicação relativamente frequente em pacientes com RCUI e decorre do sangramento severo da mucosa intestinal. Ocorreu em 33% dos casos, que apresentaram hematócritos inferiores a 30%. Em um caso o hematócrito chegou a 15 com hemoglobina de 4,6 g/dl, necessitando a administração de sangue.

Houve da mesma forma, um paciente com manifestações articulares em coluna cervical (TAB. VI).

O tratamento de doenças cuja etiopatogenia é obscura fundamenta-se basicamente em medidas que atuem nas lesões orgânicas produzidas.

O quadro a seguir esquematiza o tratamento clínico de RCUI.

Tratamento Clínico de RCUI

- 1 - Medidas gerais de suporte:
 - nutricional
 - hidroeletrolítico
 - 2 - Tranquilizantes:
 - diazepínicos
 - sulpiride
 - 3 - Sulfasalazina via Oral:
 - na crise : 4-6 gramas/dia
 - manutenção: 2 gramas/dia
 - 4 - Corticosteróides (Prednisona)
 - via oral ou parenteral
 - 40-60 mg/dia na crise
 - 10-20 mg/dia na manutenção
 - via intra retal
-

FONTE: Clínicas Médicas da América do Norte. Doenças Intestinais Inflamatórias. Nov/1980. DANTAS Waldomiro. Doenças Inflamatórias Intestinais. Medicina em monografia. nº 11, 1985.

Em dois pacientes (22%) foram utilizadas apenas as medidas de suporte associadas a tranquilizantes. Nos demais 78% foram incluídos no tratamento a sulfasalazina via oral e os corticosteróides (TAB. X), que representam a terapêutica ideal.

A psicoterapia é recomendável, porém com indicações precisas. Não deve ser realizada durante a fase de atividade da doença; considera-se a personalidade do terapeuta com relação à personalidade do paciente; procura-se adaptar a natureza da terapia às características emocionais e limitações de cada indivíduo (2,4).

VI - CONCLUSÕES

Conclusões

- 1 - A maior incidência de RCUI foi no sexo feminino.
- 2 - A faixa etária em que predominou o aparecimento de manifestações da doença foi acima de 30 anos.
- 3 - O tempo de evolução da doença foi inferior a 2 anos na maioria dos pacientes.
- 4 - Síndrome disentérico, dor abdominal e emagrecimento foram os sintomas mais comuns.
- 5 - Manifestações extra intestinais da patologia foram incomuns.
- 6 - O principal método diagnóstico foi o enema de bário associado à retossigmoidoscopia.
- 7 - Nenhum paciente apresentou complicações locais da RCUI. Anemia e artralgia foram as complicações encontradas.
- 8 - Todos os pacientes foram tratados clinicamente já que não apresentaram indicações de cirurgia.

VII - SUMMARY

This is a retrospective study of nine cases of patients with Ulcerative Colitis. The intervention was done from March 1981 to August 1986 at the Hospital Universidade rio da Universidade Federal de Santa Catarina.

Diagnosis of ulcerative is made from a compatible history, sigmoidoscopic and Barium enema examination.

It was observed a high incidence of this disease in white patients and the age between 19 to 57 years.

The clinic picture was characterized by three principal symptoms:

Weight loss, diarrhea and abdominal pain.

Two remissions were done only with barbiturics and seven cases by sulphasalazine and immune agents.

*ordem de aparecimento no texto
ou ordem alfabética*

VIII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - GREEN BERGER, Norton J. Winship, Danielh: Inflammatory Bowel Disease. Gastrointestinal Disorders: A Pathophysiologic Approach. 4(4): 191-197, 1976.
- 2 - DANTAS, WALDOMIRO, Doenças Inflamatórias Intestinais: Aspectos Atuais. Medicina em Monografias. 11:193-211, 1985.
- 3 - FARMER, Richard G: Aetiological Theoris of Inflammatory Bowel Disease - Clinics in Gastroenterology: Inflammatory Bowel Disease. 9(2): 231-249, may 1980.
- 4 - DANI, R. & CASTRO, Luiz de Paula. Retocolite Ulcerativa Inespecífica - Gastroenterologia Clínica. 1(46): 651-675, 1981.

- 5 - BEESON, Paul B & MCDERMOTT, Walsh et alii: Doença Inflamatória Intestinal: Colite Ulcerativa. Tratado de Medicina Interna. Vol. 2: 1595-1603, 1977.
- 6 - WINSHIP, Daniel H.: Agentes Transmissíveis na Doença Intestinal Inflamatória - Clínicas Médicas da América do Norte. Doença Intestinal Inflamatória. 1025-1036, novembro de 1980.
- 7 - WINSHIP, Daniel H: Aspectos Clínicos e História Natural da Doença Intestinal Inflamatória. Clínicas Médicas da América do Norte: Doença Inflamatória Intestinal. 1107-1112, Novembro de 1980.
- 8 - RAMOS Jr., José: Síndromes Abdominais crônicas. Semiotécnica de Observação Clínica. VOL. 23, 823-832, 1982.
- 9 - GREENSTEIN, Adrian J. & JANDWITZ, Henry D. & SACHAR, David B: The Extra-Intestinal complications of Crohn's Disease and ulcerative colitis: a study of 700 Patients. Medicine. 55(4): 401-412, 1976.
- 10 - WINSHIP, Daniel H: Progressos Recentes na Avaliação Radiológica da Doença Intestinal Inflamatória. Clínicas Médicas da América do Norte: Doença Inflamatória Intestinal. 1063-1070, novembro de 1980.
- 11 - WAYE, Jerame D.: The role of colonoscopy in the differential diagnosis of inflammatory bowel disease. Gastrointestinal Endoscopy. 23(3), 150-154, 1977.

- 12 - WINSHIP, Daniel H. Tratamento Clínico da Doença Intestinal Inflamatória. Clínicas Médicas da América do Norte. Doença Inflamatória Intestinal. 1121-1127, Novembro de 1980.
- 13 - HARRISON, Tensley Rondolph et alii. Medicina Interna. 10ª edição RJ, Guanabara, Koogan. Vol. 2, Cap. 309, 1936-1948, 1984.
- 14 - HARVEY, A. Gchu et alii. Diagnóstico Diferencial. 3ª Edição. RJ, Interamericana. 9:288-296, 1982.
- 15 - FARMER, Richard G: Endoscopy in Inflammatory Bowel Disease. Clinics in Gastroenterology: Inflammatory Bowel Disease. 9(2): 279-293, may 1980.
- 16 - BETTARELLO, Agostinho & COSTA, Airton Carlos Torres da & ZEITUNE, José Murilo Robilotta. Doenças Inflamatórias Crônicas do Intestino. Revista de Avaliação Médica Continuada: Prático Hospitalar. 1(1): 6-11, 1986.

**TCC
UFSC
CM
0095**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC CM 0095

Autor: Ghislandi, Íria Ce

Titulo: Levantamento dos casos de retoco



972806480

Ac 253291

Ex 1 UFSC BSCCSM